

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Dr. Fabian Grupe Unternehmensberatung, und deren Erfüllungsgehilfen, wiederkehrende, fällige Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Dr. Fabian Grupe Unternehmensberatung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen für Zahlungen mittels Lastschrift im SEPA-Basislastschriftverfahren.

Kundendaten

Vorname und Name des Kontoinhabers: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut (Name und BIC): _____

IBAN: _____

Mandatsreferenz (falls bekannt): _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des Kontoinhabers _____